Rok XXXI. Kraków, 20 Lutego 1892. Nr. 8.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Kilka słów o leczeniu kiły[1]).

Napisał
Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

W leczeniu kiły przypisujemy działaniu rtęci i jodu z całą słusznością bardzo poważne stanowisko. Pozornie zdawałoby się, że terapija tej choroby od chwili ujawienia się kiły w Europie nie bardzo postąpiła, właśnie dlatego, że nie odnaleźliśmy skuteczniejszego środka niż rtęć, a jod od wieku do terapii wprowadzony, jakkolwiek w poszczególnych przypadkach i stanach choroby bardzo skuteczny, nie zastąpi jednak rtęci ani jéj z leczenia kiły nie usunie. Szczególnie ostatnie dziesiątki lat wykazują, że usunięto poszukiwania za swoistemi lekami w kile na najdalszy plan i słusznie, a usiłowano udoskonalić podawanie leków w kile używanych. Nie podzielając bynajmniéj zdania, że na tem polu dużo zdziałano, przeciwnie uważając wymyślanie coraz to nowszych przetworów rtęci za rzecz prawie obojętną, mam to przekonanie, że w leczeniu kiły postąpiliśmy raz dlatego, iż z większą pewnością i właściwiéj rtęć podawać nauczyliśmy się, powtóre, iż coraz więcéj utrwalamy się w przekonaniu, że n i e l e c z e n i e c h o r o b y, a l e l e c z e n i e c h o r o b ą d o t k n i ę t y c h jest najważniejszym czynnikiem w leczeniu.

Dwa poważne względy w leczeniu kiłą dotkniętych wchodzą w rachubę. Gdy kila należy do chorób zaraźliwych, z łatwością udzielających się otoczeniu, najpierwszym obowiązkiem lekarza jest działanie swoje w tym kierunku wysilić, aby, o ile to możliwe, choroba się nie rozpowszechniała, na drugi zaś plan schodzi ratowanie dotkniętéj jednostki od bardzo niemiłych, często bardzo groźnych następstw kiłowego zakażenia.

Pod względem szerzenia się choroby zbyt wiele terapiją racyjonalną zrobić nie można, ważniejszą rzeczą są ulepszenia, mające na celu zapobiedz szerzeniu się choroby przez odpowiednie uregulowanie prostytucyi, jak wiadomo zależne jedynie od rządów. Że jednak racyjonalne leczenie kiły nie jest bez wpływu, mamy dowód właśnie w naszem mieście, gdzie z zmniejszeniem się liczby leczonych żołnierzy na kiłę w szpitalach wojskowych skargi wojskowości ustały. Nie odmawiając pod tym względem zasługi dozorowi lekarskiemu policyjnemu, nie podobna zaprzeczyć jéj i oddziałowi kił. kobiecemu, którego największy kontyngens składa się właśnie z prostytutek najniższego rzędu, oddających się żołnierzom.

Bardzo słusznie żądają poważni autorowie, na których czele postawić należy Fourniera, aby o ile to być może, kiłą dotkniętych leczyć w szpitalach, tym sposobem zapobiega się niewątpliwie szerzeniu się choroby. Nie wolno nam jednak przemilczeć, że obecny stan naszych szpitali bynajmniéj nie ułatwia leczenia, ale przeciwnie je utrudnia. Kiła jako choroba przewlekła wymaga najkorzystniejszych dla odnowy organizmu warunków. Tych zawsze przepełnione i niedostatecznie warunkami hygijenicznemi uposażone szpitale dostarczyć nie mogą Dlatego też nie da się zaprzeczyć, że szpitale nasze w obecnych warunkach mniéj korzystnemi wynikami leczniczemi poszczycić się mogą, niż zakłady prywatne i lecznice ambulatoryjne w korzystnych warunkach prowadzone.

Nie ma niestety jedności w leczeniu kiłą dotkniętych i podczas gdy jedni rozpoczynają ogólne leczenie z chwilą niewątpliwego rozpoznania choroby, a więc już w okresie pierwszym uogólniania się choroby przed wystąpieniem objawów ogólnych na powłoce skórnéj lub błonie śluzowéj, drudzy czekają chwili objawienia się ogólnych zmian zakażenia kiłowego. Zdawałoby się na pierwszy rzut oka, że pierwsi postępują racyjonalnie, po co bowiem czekać z zastosowaniem środka swoiście działającego, gdy nie ulega kwestyi, że zakażenie kiłowe istnieje. Tymczasem nieuprzedzona jak sądzę obserwacyja każe drugim przyznać racyję, to jest tym którzy leczą kiłę z chwilą ukazania się ogólnych objawów

[1]) Artykuł wyjęty ze sprawozdania naukowego przedłożonego Wydziałowi krajowemu za r. 1891.

choroby, bo wyniki leczenia, jak codzienne doświadczenie stwierdza, są lepsze. Nawet rozumowaniem działanie ostatnich poprzeć można, jak to poniżéj wykażę.

Wspomniałem, że rtęci przypisujemy swoiste działanie w leczeniu zakażenia kiłowego i nie wątpię, że każdy musi wierzyć w swoiste działanie rtęci, gdy widzi rezultaty leczenia kiły w odpowiednim okresie. Weźmy jako najbardziéj w oczy bijący przykład chorego kiłą dotkniętego w pewnym okresie, którego z jakichkolwiek powodów dotąd zupełnie nie leczono. Oto zmiany choroby najliczniejsze i najbardziéj rozrzucone w rozmaitych narządach ustępują tak raźno nawet bez miejscowego leczenia, że niepodobna przypuścić, aby kiedykolwiek odnaleziono lek raźniéj, pewniéj i skuteczniéj działający. Dla przykładu jednak porównajmy wyniki leczenia kiły w chwili istniejącego owrzodzenia pierwotnego i zajęcia gruczołów pachwinowych. Tutaj rezultat leczenia będzie nieporównanie mniéj efektowny i trwały; często prawie bez rezultatu pozostaje leczenie, bo objawy albo w tym samym stanie się znajdują albo bardzo wolno się zmniejszają, niekiedy zaś, choć rzadko, się wzmagają. Zapytujemy, dlaczego taki różny jest wynik leczenia. Mimowoli nasuwa się myśl, że stan chorego w pierwszym przykładzie jest odpowiedni dla leczenia, czyli innemi słowy, że rtęć w niektórych okresach rozwoju choroby działa skuteczniéj zapewne dlatego, że rtęć niszcząca objawy kiłowego zakażenia działa najsilniéj przez usuwanie istniejących objawów, gdy równocześnie ustrój przez wytwarzanie objawów na skórze i błonach śluzowych zakażenie usuwać się stara. Wówczas z podwójnym wrogiem spotyka się zakażenie, bo z jednéj strony z rtęcią, z drugiéj z nieznanym czynnikiem natury ujawniającym objawy ogólnego zakażenia. Zapewne należałoby udowodnić, że w ujawnianiu się choroby, że wysypki, kłykciny, kilaki i t. d. są tworami siły leczniczéj organizmu, jak n. p. w niektórych przynajmniéj chorobach podwyższenie ciepłoty czyli gorączka. Jakkolwiek tego udowodnić nie umiemy, przypuszczenie to co najmniéj jest usprawiedliwione. Leczenie kiły w pierwotnym okresie choroby, gdyby nawet było równie skuteczne jak w późniejszych okresach, nie powinno być ogólnie zalecane, albowiem stanowczo twierdzę, że tylko w tych przypadkach mamy prawo z bezwzględną pewnością rozpoznawać kiłę, gdy zjawią się ogólne objawy. Każdy doświadczony lekarz rzetelnie traktując sprawę, musi przyznać, że nieraz fałszywie rozpoznał chorobę, śpiesząc się na pewno z rozpoznaniem przed wystąpieniem objawów ogólnych. Mam świeżo w pamięci takie przypadki, obserwowane w dalszym przebiegu przezemnie, w których najpoważniejsi syfilidologowie, przed których wiedzą i doświadczeniem korzyć się należy, błędnie zakażenie kiłowe rozpoznawali i sami rozpoznanie odwoływali. Jeśli takie przypadki mogą się zdarzać najbieglejszym specyjalistom, dlaczego nie miałyby one częściéj zdarzać się lekarzom niespecyjalistom, w rękach których, t. j. niespecyjalistów leczenie kiły przeważnie spoczywa. Kto leczy kiłę z chwilą wystąpienia pierwotnego objawu, ten może się łudzić, że w niejednym przypadku tak dalece doszczętnie wyleczył, że nigdy objawy ogólne nie wystąpiły — a mam to przekonanie, że właśnie te przypadki polegają najczęściéj na błędnem rozpoznaniu i w tych właśnie przypadkach bez leczenia równie szczęśliwym byłby przebieg choroby, to jest do wytworzenia zmian ogólnych niewątpliwe zakażenie stwierdzających, z pewnością nie przyszłoby. Sądzę wreszcie, że nieobojętną jest rzeczą dla chorego niepewność, czy przebył on chorobę cały wiek trwać mogącą, która najrozmaitsze, bardzo często aż nadto groźne i we wszystkich organach zmiany wywołuje. Pewność, że się kiłę nabyło, zmusza chorego do odpowiedniego trybu życia przez cały okres życia; pewność zaś, że kiły się nie przebyło, chociaż znamiona pierwotne zakażenia istniały, tj. twarde owrzodzenie i pozornie specyficzne gruczoły, również bardzo wiele waży, bo daje gwarancyję, że nie potrzeba się obawiać następstw zakażenia kiłowego, gdy 3—6 miesięczna obserwacyja nie stwierdziła objawów kiły ogólnéj.

Z tego wychodząc założenia, że rtęć działa swoiście z chwilą istnienia ogólnych objawów, nigdy nie rozpoczynamy obecnie leczenia przed wystąpieniem zmian czy to na powłokach skórnych, czy na błonach śluzowych. Ponieważ chorych tak w szpitalu jak i w ambulatoryjnem leczeniu bez terapii zostawić nie można, przeto ograniczamy się w chwili istnienia pierwotnego objawu do stosowania środków działających na owrzodzenie, stwardnienie i powiększenie gruczołów limfatycznych. Przyznajemy się, że zapas środków przez nas używanych jest bardzo ograniczony; jeżeli jest owrzodzenie, posypujemy je 1—2 razy dziennie proszkiem kalomelu po dokładnem obmyciu i oczyszczeniu lub przykładamy maść z kalomelu (1—15), gdy siedziba owrzodzenia nie pozwala używać proszku, albo wreszcie przykładamy plaster rtęciowy *(Empl. hydrarg. c. sapon āā 10,00, Ol. olivar. q. s. ut f empl. molle)*, a gdy owrzodzenie jest zabliźnione, przykładamy tylko plaster tak na stwardnienie jakoteż na gruczoły. Przywiązując wielką wagę do miejscowego leczenia kiły szczególnie w okresie ogólnéj wczesnéj i późnéj kiły, leczymy je bardzo starannie, przed wystąpieniem zaś ogólnych zmian ograniczamy się do pomazywania stwardnienia co kilka dni sublimatem rozpuszczonym w wyskoku (1 : 20). Ale już w tym okresie przyzwyczajamy chorego do zachowywania się, które przestrzegać musi przez cały przebieg leczenia. Znając dokładnie zjawisko, iż objawy kiły występują przedewszystkiem w miejscu drażnień, staramy się je usuwać; polecamy więc utrzymywać jamę ustną wraz z zębami w idealnéj czystości i w tym celu polecamy płukanie ust chloranem potasowym, łyżeczka na 3 szklanki letniéj wody i czyszczenie zębów, zabraniamy palenia tytoniu, używania ostrych pokarmów i napojów, polecamy ciepłe kąpiele dwa razy na tydzień lub co korzystniéj parowe łaźnie, i staramy się, aby leczony zwolna odwykał od tych nawyczek, które są zdrowiu szkodliwe i zachowywał się tak, jak człowiek najtroskliwszy o zdrowie i starał się o najkorzystniejsze dla odnowy ustroju warunki — ani fizycznie ani umysłowo nie wytężał się, aby przebywał ile możności na świeżem powietrzu, dobrze się odżywiał i wysypiał się i t. d. (Dok. nast.)

II. Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardziela i krtani.

Skreślił

T. Heryng w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Kiedy w roku 1888 Voltolini ogłosił swe wyniki o stosowaniu elektrolizy w cierpieniach krtani i podał cały szereg w tym celu zbudowanych narzędzi, sprowadziłem takowe i rozpocząłem niemi odpowiednie próby, trzymając się podanych przez autora wskazówek. Próby rozpocząłem od użycia t. zw. widełków elektrolitycznych w prze-

roście migdałków, w przeroście muszel nosowych, następnie w leczeniu zwężeń krtani. Obeznawszy się nieco z wynikami téj metody, w styczniu z. r. zacząłem tytułem próby używać elektrolizy do niszczenia nacieków gruźliczych. Następnie z powodów odemnie niezależnych przerwałem próby na dwa miesiące i napowrót rozpocząłem je w kwietniu. Dalszą zachętą do stosowania téj metody była dla mnie broszurka, ogłoszona w r. 1889 przez Kafemana: *„Ueber elektrolytische Operationen in den oberen Luftwegen“*, która w miesiącu lipcu do mych rąk się dostała. Podczas gdy pierwsze próby robiłem za pomocą narzędzi Voltoliniego, zacząłem późniéj stosować t. zw. podwójną elektrodę Kafemanna, przeznaczoną do przyżegań owrzodzeń gruźliczych, w formie podwójnego strzemienia.

Pierwsze doświadczenia wykonywałem z bateryją Stöhrera, nie mając w danéj chwili innéj do dyspozycyi. Uważam ją jednak jako nieodpowiednią w tym celu, szczególniéj, jeżeli nie jest połączona z galwanometrem i reostatem. Wspomniałem już, że pierwsze próby stosowania elektrolizy robiłem na przerosłych migdałkach. Wbijałem w nie kolejno w kilku miejscach widełki elektrolityczne Voltoliniego po uprzedniem znieczuleniu kokainą. Ilość elementów użytych wynosiła 10—14 Stöhrera. Czas trwania działania 30—60 sekund. Jako kryteryjum służyło mi wystąpienie w obrębie wkłótych igiełek licznych pęcherzyków występujących w formie piany i zbielenie tkanki naokoło elektrody. Trzymałem się więc w tym względzie wskazówek, podanych przez Voltoliniego, których jednak dziś za dostateczne uznać już nie mogę. Dla przekonania się, jak się przedstawiają pod mikroskopem zmiany w migdałkach, powstałe pod wpływem elektrolizy, t. j. jak daleko sięga niszczące działanie w ten sposób zastosowanego strumienia, wycinałem na drugi lub trzeci dzień migdałki za pomocą nożyka i po odpowiednich przygotowaniach barwiłem błękitem metylowym, uwydatniającym głównie jądra komórek. Wyników podjętych przezemnie w tym kierunku poszukiwań ogłosić jeszcze teraz nie mogę; stanowić one będą przedmiot osobnéj pracy. Pod względem klinicznym zaznaczam tu, że za pomocą téj metody możemy zniszczyć przerosłe migdałki, że strupy i nekrotyczne ogniska mniéj lub więcéj po 8-iu dniach się oddzielają, migdałek zmniejsza się znacznie, powierzchnia jednak blizny jest nierówną, wzgórkowaną, jak gdyby gruboziarnistą. Ze względu na potrzebę kilkakrotnego użycia widełków, nawet przy migdałkach średniéj wielkości i na bolesność saméj manipulacyi, metoda ta nie przedstawia zdaniem mojem wielkich korzyści. Dodać tu muszę, że igły przezemnie użyte, zanurzone były w tkance blisko na centymetr. Również mało zadawalające okazały się próby niszczenia tą metodą przerosłych muszel dolnych lub średnich tak, że od nich zupełnie odstąpiłem.

Wyniki stosowania elektrolizy w cierpieniach nosa nie były pomyślne. Wprowadzanie dwóch igieł w przerosłe przednie końce muszel dolnych wywoływało stosownie do siły użytego strumienia do odległości pomiędzy igłami i do głębokości, do jakiéj drążyły w tkankę, mniéj lub więcéj rozległe zmiany. Strup wytworzony trzymał się jednak długo, 8—10 dni; gdy odpadł, rana wymagała do zagojenia mniéj lub więcéj takiegoż samego czasu. Efekt leczniczy nie odpowiadał oczekiwaniu. Potrzeba było w kilka miejsc od siebie oddalonych wkłuwać igiełki, co niepomiernie przedłużało czas leczenia. Reakcyja była we wszystkich prawie przypadkach dość znaczną, bolesność rękoczynu o wiele silniejszą od przypalania żegadłem. Ponieważ prócz tego operacyja ta wymaga dłuższego czasu, metodę tę wkrótce porzuciłem.

Co do stosowania elektrolizy w skrzywieniach i eksostozach jamy nosowéj niewiele obecnie mam do powiedzenia. Nie mogę się pochwalić tak pomyślnemi wynikami, jakie w r. 1888 ogłosił Miot [1]). Stosowałem elektrolizę tylko w trzech przypadkach. W dwóch po czterech posiedzeniach efekt nie był dostatecznie silny i zmusił do dalszego użycia galwanokauteru. Być może, że przyczyną było zbyt krótkie stosowanie strumienia (2 minuty — 15 M. A.) podczas gdy Botey,[2]) wprowadzając kilka igieł, połączonych z biegunem ujemnym, przedłużał czas posiedzenia aż do 20 minut. Dodać muszę, że chorzy przy elektrolizie odczuwali bóle tak silne w zębach i w szczęce górnéj, że zmusiły do przerwania posiedzeń. W jednym przypadku skutkiem zbyt głębokiego wprowadzenia igieł, nie dość równolegle do przegrody, po dwóch tygodniach nastąpiło przedziurawienie przegrody w formie podłużnéj szpary, która częściowo tylko się zabliźniła.

Zbyt mała liczba spostrzeżeń dotąd jeszcze nie dość konsekwentnie przeprowadzonego leczenia elektrolizą nie pozwala mi wyprowadzenia stanowczych co do jéj wartości wniosków, zamierzam jednak w odpowiednich przypadkach skrzywień nosa leczenie elektrolizą w dalszym ciągu stosować.

Co do nowotworów jamy noso-gardłowéj, w których stosowano tę metodę, wiadomo tylko, że V. v. Bruns przy jéj pomocy niszczył twarde włókniaki i to z wynikiem względnie bardzo pomyślnym. Jakkolwiek w jednym przypadku potrzeba było 130 posiedzeń, leczenie zaś przedłużyło się aż do 20 miesięcy, to jednak wyznać należy, że w obec tak niebezpiecznego cierpienia, jakiem są twarde włókniaki jamy noso-gardzielowéj, długość trwania kuracyi nie jest w stanie zdyskredytować metody. Zważmy tylko, ile to razy chorzy z cierpieniem o wiele mniéj niebezpiecznem, n. p. z chronicznym katarem gardła, wysyłani są do wód, przepędzają zimę w stacyjach klimatycznych, porzucają obowiązki i domowe ognisko i powracają do domu, nie doznawszy najmniejszéj poprawy, a wszakże pod względem ważności tych dwóch cierpień, wcale ze sobą porównać ich nie można.

Wyniki, ogłoszone przez Grönbecksa wykazują na 33 przypadków włókniaków twardych jamy noso-gardłowéj, 19 wyleczeń, 11 popraw; w 2 przypadkach poprawa nie nastąpiła.

W obec ulepszonych dziś przyrządów i narzędzi elektrolitycznych czas leczenia włókniaków jamy noso-gardzielowéj znacznie się skraca, jak to wynika z doświadczeń Kuttnera, dokonanych w klinice Prof. Krausego w Berlinie. Kuttner wykazał, że bez żadnego niebezpieczeństwa dla chorego można było, posługując się reostatem, używać strumienia o sile 70—80 M. A, pod którego wpływem masy nowotworowe niemal że topniały. Muszę tu nadmienić, że w jednym przypadku przymiotowego zwężenia jamy gardłowéj u kobiety 24-letniéj, u któréj na skutek owrzodzeń ściany tylnéj gardła i podniebienia nastąpiło lejkowate zwężenie jamy gardłowéj, o średnicy

[1]) *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de rhinologie.* — [2]) *Archivos internacionales de Laringologia, Otologia* etc. N. 8. y. 9. 1891. Barcelona.

8 mm., użyłem pętki elektrolitycznéj Voltoliniego. Jak już wspomniałem, składa się ona z dwóch izolowanych rurek metalowych, ułożonych jedna nad drugą na podobieństwo zwykłéj galwano-kaustycznéj pętli (*Schlingenschnürer*); wprowadza się do niéj drut stalowy długości 1½ łokcia, rozdzielony w środku małym krążkiem z kości słoniowéj. Anoda i katoda działają tu więc oddzielnie. Sposób operowania był następujący. Przeprowadziwszy przez nos kateter do jamy noso gardzielowéj, udało mi się koniec jego przesunąć przez otwór w podniebieniu i wprowadzić aż do jamy ustnéj. Do końca kateteru umocowałem jedno ramię stalowéj pętli i wciągając kateter przez nos wyprowadziłem drut przez nozdrze na zewnątrz. Następnie na koniec wystający drutu nasunąłem kawałek cienkiego kateteru, długi na 12 ctm, aby w ten sposób podłogę jamy nosowéj ochronić od zetknięcia z przewodnikiem. Drugie ramię drutu, wystające z ust, zostało razem z końcem nosowym wprowadzone w podwójne rurki zaciskacza i umocowane w rączce; guziczek kościany tego drutu znajdował się tuż przy zwężeniu w gardle. Przez puszczenie strumienia i jednoczesne skracanie pętli w ciągu 3 minut rozciąłem zwężenie, a po odpadnięciu strupa, uzyskałem kanał, blisko na 2 cm. szeroki, który dla swobodnego oddychania wystarczał. Dłuższy czas prowadzone rozszerzanie za pomocą metalowych Beniquet'ów zapobiegło ponownemu zwężeniu.

Co do stosowania elektrolizy w zwężeniach krtani natury bliznowéj, niewiele mam dotąd doświadczenia. U chorych po dokonanéj już tracheotomii używałem dla elektrolizy cynowych trójkątnych bolców Schröttera, a to w następujący sposób. Do uszka, służącego dla przeprowadzenia jedwabnego kordonka, przymocowałem miękki przewodnik metaliczny, opleciony jedwabiem, który łączyłem z biegunem ujemnym bateryi. Biegun zaś dodatni w formie szerokiéj metalowéj, mocno zwilżonéj elektrody aplikowałem na kark lub na klatkę piersiową. Po wprowadzeniu do krtani w zwykły sposób bolca cynowego puszczałem strumień, powiększając stopniowo ilość elementów Stöhrera od 2—10. Działanie strumienia trwało 2—3 minut, poczem w miejscach będących w zetknięciu z bolcem wytwarzał się dość gruby białawy strup obumarłéj tkanki, który po kilku dniach odpadał. W ten sposób chciałem niszczyć wytwory bujania tkanki łącznéj, nowowytworzonéj, aby ułatwić tem możność szybszego rozszerzania. Dla umiejscowienia leczniczego efektu zamierzam obecnie w przypadkach przerostu strun lub ściany tylnéj pokryć lakierem, izolującym tę powierzchnię bolca, która styka się ze zdrową tkanką. Pomimo gruntownéj zmiany poglądów na uleczność suchot krtaniowych, jako też zmiany metod leczniczych, stosowanych w tém cierpieniu w ciągu ostatniego lat dziesiątka, wyniki terapeutyczne w wyjątkowych tylko przypadkach okazały się pomyślnemi. Przyczyną tych nieudatnych nieraz usiłowań lekarza jest, jak wiadomo, prawie zawsze występujące powikłanie suchot krtani z suchotami płuc. Przedmiot ten tylekrotnie poruszałem, że omawiać go w tém miejscu uważam za zbyteczne. Natomiast zajmę uwagę czytelnika temi niezbyt częstemi przypadkami suchot krtani, w których sprawa jest zpoczątku zlokalizowaną w tym wyłącznie organie, zmiany zaś w płucach albo jeszcze nie istnieją, albo też są skryte, dzisiejszemi metodami badania wykryć się nie dające. Przypuśćmy, że jak to zwykle bywa, stan ogólny w danym przypadku mało ucierpiał, funkcyje są niemal prawidłowe, a zajętą jest w krtani, albo jedna jéj połowa, np. struna fałszywa, albo tylna ściana krtani. Lusterko wykrywa ograniczone guzowate wzniesienie, blade, nieco nierówne, gdzieniegdzie jakby ziarniną pokryte, lecz nie owrzodzone. Oko wprawne odrazu rozpozna, że guz jest nasiękiem gruźliczym, choć nieraz uzasadnić tego rozpoznania z początku lekarz nie będzie w stanie. Jeżeli jednak anamneza lub przebieg lub nieznaczne zmiany w płucach, lub co ważniejsza, badanie plwociny wyjaśni sprawę, to zgodnie z postawionemi przezemnie wskazaniami, przyjętemi już dziś przez większość kolegów, należy nasięk ten bezwarunkowo zniszczyć i to zniszczyć doszczętnie. Doświadczenie bowiem nauczyło, że ognisko zakażenia gruźliczego, jakkolwiek w bardzo nielicznych przypadkach dobrowolnie na drodze eliminacyi złogów gruźliczych, t. j. przez owrzodzenie, rozpad i zbawienną produkcyję tkanki łącznéj ulega zabliźnieniu, najczęściéj jednak staje się ono powodem dalszéj infekcyi, z początku miejscowéj, późniéj ogólnéj, w czém dopomaga układ naczyń i gruczołów limfatycznych, głęboko położonych. Te ostatnie, jak to już dowiodły badania sekcyjne, przenoszą zarazek, t. j. laseczniki, do gruczołów oskrzelowych lub, co również zostało dowiedzionem, wywołują gruźlicę opłucnéj, okrywającą wierzchołki płuc. (Pfeiffer). Zadaniem lekarza w obec tego rodzaju nasięków gruźliczych będzie przedewszystkiem usunięcie ogniska gruźliczego, i wzmocnienie odporności organizmu, a więc poprawa odżywiania i sił chorego, wiemy bowiem, a nauczyło nas tego kliniczne doświadczenie, że natura sama sprawy tego rodzaju leczy, wiemy również, że właśnie przez poprawę odżywiania bez środków specyficznych zabijających laseczniki, grunt, na którym się one rozwijają, staje się dla ich proliferacyi nieodpowiednim.

Kierując się temi względami, przyjęto dzisiaj, aby nasięk początkowy zniszczyć. Do rzędu środków używanych w tym celu należą, jak to w poprzednich moich pracach wyłożyłem, kwas mleczny i wyłyżeczkowanie nasięku. Są jednak przypadki, w których obydwa te środki zawodzą, może dlatego, że kwas mleczny nie jest w stanie z powodu obfitego nasięku wniknąć dość głęboko do tkanek zajętych, łyżeczką zaś nie wszędzie dotrzeć możemy. I tak nasięki strun fałszywych lub głębokie, skryte owrzodzenia torebki Morgagniego są bardzo do leczenia trudne. Można wprawdzie za pomocą podwójnéj okienkowéj kiurety Landgrafa wyciąć nasięk strun fałszywych, sam rękoczyn jednak wymaga dużéj wprawy i jak się o tem przekonałem, może się stać przyczyną dość znacznego krwawienia. Również niedostępne dla kiurety okazały się guzowate nasięki, umiejscowione na tylnéj powierzchni nagłośni, w pobliżu tak zw. guza Morgagniego, bogate w gruczoły śluzowe. Naokoło tych gruczołów głęboko położonych wytwarza się rozlany gruźliczy nasięk, który nieraz sięga blisko na centimetr w głąb tkanki. Nasięk ten jest bardzo trudny do usunięcia, gdyż ani kiuretą, ani galwanokauterem, pomimo wielokrotnych usiłowań, doszczętnie zniszczyć go nie zdołałem.

Również trudnem okazało się leczenie t. zw. *chorditis tuberculosa*, w któréj złogi gruzełków, jak to widać na rysunkach preparatów pomieszczonych w méj pracy na tablicy 2 éj, leżą nie tylko w błonie podśluzowéj, ale i w mięśniu saméj struny głosowéj. Wymienione tu trzy lokalizacyje sprawy gruźliczéj krtani, a mianowicie cierpienie guza nagłośni, nasięki strun fałszywych i *chorditis tuberculosa* zmusiły mnie do szukania nowéj metody leczniczéj, t. j. środka

którego zastosowanie w krtani byłoby technicznie łatwiejszem od użycia narzędzi ostrych, nie sprowadzało krwotoków, nie wywoływało zbyt silnéj zapalnéj reakcyi, nie powiększało więc obrzęków i dysfagii. Zastosowanie galwanokauteru w tego rodzaju cierpieniach nie odpowiedziało mym oczekiwaniom i zmusiło do stosowania elektrolizy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. O wpływie próchnicy zębów na ilość wapna zawartego w ślinie.

Podał

Dr. W. Łepkowski

b. asystent Klin. chirurg. Uniw. Jagiell.

(Dok. Patrz Nr. 7.)

Nr. IV, V i VI odnoszą się właśnie do wspomnianych badań, dodać tylko muszę, że brakuje mi pięciu zębów, i to czterech trzonowych i jednego dwuguzikowego, nadto jeden trzonowy w ostatnich czasach został z powodu głębokiéj i rozległéj próchnicy zaplombowany, jak również jeden dwuguzikowy z powodu małego karyetycznego ogniska, a więc w chwili, kiedy badania te, o których mowa, podjąłem, próchnicy już nie było.

VII. Mając w dalszych przypadkach dzieci, u których jeszcze istniały zęby mleczne, uważałem za stosowne się przekonać, jaką ilość CaO znajdziemy w popiele śliny dziecka z zupełnie dobrem i zdrowem mlecznem uzębieniem. L. W., lat 7, dobrze odżywiony i zbudowany, uzębienie w zupełnie prawidłowym stanie, a badanie wykazuje 2,956% CaO., cyfrę wyższą nieco, niż u dorosłych. Czemu to przypisać należy, z tego jednego przypadku, jaki znalazłem, trudno rozstrzygać, jednak być może, że w głębokości wyrostków zębowych wytwarzające się zęby stałe odgrywają pewną rolę.

Liczba VIII, IX, X tablicy dotyczy człowieka lat 22½, dobrze zbudowanego i odżywionego, u którego już mamy do czynienia z próchnicą, silną i głęboką, bo prawie połowę korony zęba siecznego bocznego lewego szczęki górnéj zajmującą i z powierzchownem zajęciem środkowéj ściany zęba siecznego środkowego lewego. Nadto znachodzimy brak dwóch zębów szczęki dolnéj. Badania wykonałem tutaj te same, jak pod IV, V, VI, a wynik otrzymałem ten sam, gdy najwyższa ilość CaO wynosiła 4,98% sześć i pół godzin po obiedzie z tą różnicą, że wszędzie, tak na czczo, jak i bezpośrednio po obiedzie otrzymane wyniki są wyższe, niż te, które uzyskałem w stanie normalnym przy zębach, niedotkniętych próchnicą. Idąc za radą Stickera w doświadczeniach IV, V, VI i VIII, IX, X używałem dla szybszego wydzielenia się śliny kryształków *cocaini mur.*, co pozwalało w przeciągu 20 minut otrzymać około 20 sz. cm. śliny, a sądzę, że ułatwienie to w tych przypadkach, gdzie chodziło o zbadanie li tylko wpływu pokarmów na ilość wapna w ślinie, wpływu na otrzymane wyniki nie wywierało.

Dalsze doświadczenia przedstawiają cały szereg chorych z mniejszą lub większą ilością zębów, próchnicą dotkniętych, aż do liczby XXVIII wyłącznie. Tu już w żadnym z tych przypadków kokainy nie stósowano. Ślina powolnie zostawała, w miarę nagromadzenia się jéj w jamie ust, od dawaną tak, że zbiór jéj w dostatecznéj ilości do badania potrzebny trwał często i do godziny.

XI S. L. lat 32, dobrze zbudowany i odżywiony, jeden ząb trzonowy silnie przez *caries* zajęty, zresztą wszystkie zęby prawidłowe.

XII. p. IV. Przypadek ten dotyczy mnie samego, gdyż ślina wziętą została jeszcze w chwili, kiedy zęby próchnicą dotknięte nie były zaplombowane, a wynik badania bardzo ładnie uwydatnia różnicę, gdyż z 4,56% ilość wapna po zaplombowaniu spadła na 2,09%.

XIII. E. H., chora, licho zbudowana i odżywiona, podaje, że zęby do chwili zajścia w ciążę, t. j. przed półtora rokiem miała zupełnie zdrowe, a dziś istotnie jama ust rozpaczliwie wygląda. Sześć zębów braknie, czternaście dotkniętych próchnicą, szczególniéj dotyczącą szyjek zębowych tak, że n. p. w zębach siecznych szczęki górnéj zaledwie cienkiemi mostkami korony są połączone z korzeniami.

XIV i XV A. H. lat 34. Jest to zupełnie do poprzedniego podobny przypadek, gdyż chora utraciła podczas pierwszéj ciąży zębów ośm, a teraz w dwa miesiące po rozwiązaniu przychodzi z siedmioma silnie zajętemi zębami. Zebrana ślina przed wyrwaniem zębów wykazywała 3% CaO. w popiele. W tydzień potem widziałem chorą, chcąc dla dalszego badania jeszcze raz ślinę zebrać. Od chwili operacyi chora miała dreszcze, gorączkowała, a w czasie mojéj bytności termometr wykazywał 38,5°. Badanie wewnętrznych organów prócz lekkiego powiększenia śledziony zmian ważniejszych nie przedstawiało. Miejscowo w okolicy lewego kąta szczęki dolnéj był guz wielkości pięści, przedstawiający własności ostrego ropnia, za którego uciskiem ropa jednak do jamy ust się nie wylewała. W tym stanie choréj zebrana ślina zawierała na 100 części popiołu zaledwie 1,85 CaO, a ten znaczny ubytek przypisać należy chyba jedynie tylko podwyższeniu ciepłoty, nie zaś temu, że ilość brakujących zębów na 15 się powiększyła. Zatem przemawiają jeszcze dwa inne przypadki, jak numer tablicy XIX i XXIX, o których poniżéj pomówię.

XVI i XVII J. lat 38, osoba o delikatnym kośćcu, bardzo lichem odżywieniu. Chora podaje, co następuje. Przechodzić miała dwa porody; podczas drugiéj ciąży prawie nagle zaczęły jéj się psuć zęby szczęki górnéj tak, że dzisiaj ma 13 zębów karyetycznych, a z tych 9 o zupełnie zniszczonych koronach, nadto dwóch zębów brak. Chcąc zastąpić braki za pomocą sztucznych, chora zdecydowała się na wyrwanie siedmiu zębów szczęki górnéj. Ślina, badana przed wyrwaniem i w tydzień po niem wielkich różnic bynajmniej nie wykazywała tak, że przypuszczać należy, że sama ilość próchnicą dotkniętych zębów znacznego wpływu na ilość Ca O. w popiele nie ma.

XVIII. J. S. lat 12, dość dobrze zbudowany, nader blady i niedokrewny. Chory od dwóch lat, jak matka opowiada, cierpi na chorobę zębów, a dziś już w tak wczesnym wieku zęby sieczne szczęki górnéj o zupełnie zniszczonych koronach, sześć zaś innych zębów, mianowicie kły, dwa trzonowe dolne i dwa dwuguzikowe górne lewe silnie próchnicą zajęte. Ogółem dziesięć zębów karyetycznych, trzech brak. Ilość CaO. w ślinie dosięga tutaj jednéj z najwyższych znalezionych wartości, bo 5,073%. Przeciwnie bardzo nizką, bo 1,696% znajdujemy w przypadku XIX, mimo, że tu u dziewięcioletniéj dziewczynki mamy także daleko posuniętą próchnicę, która zniszczyła korony 6ciu zębów do połowy, trzech zaś zębów brakowało. Wytłomaczenie tego nizkiego procentu CaO. najprawdopodobniéj szukać musimy w podwyższeniu ciepłoty ciała, które tu podobnie jak w XV przypadku istniało, a mianowicie według rozpoznania lekarza domowego wywołane było influenzą.

XX. E S., lat 8, uzębienie w opłakanym stanie. Czternaście próchnicą dotkniętych zębów, odżywienie nader podupadłe, *scrophulosis* wybitna, chory przedstawia zmiany cechujące krzywicę, i mimo tak znacznego zajęcia zębów ilość CaO chociaż wyższa, niż normalna, bo wynosi 3,379%, jednak nie dosięga bynajmniej nadzwyczajnéj wysokości.

Następne dwa XXI i XXII mają już po 4,90 i 4,098% CaO. w popiele śliny. Pierwszy z nich odznacza się nader słabo rozwiniętém uzębieniem i mimo wieku lat 13-tu nader upośledzonym rozwojem umysłowym. Mówi zaledwie kilka wyrazów, okazuje chód kaczkowaty, czaszkę posiada nieforemną, dość dużą, wyraz twarzy głupkowaty.

Drugi przypadek odnosi się do choréj lat 58, rekonwalescentki po influenzy, zębów karyetycznych 12, jednego brak, a ilość wapna mimo to, że próchnica silniejsza i rozleglejsza, jest mniejszą, niż w poprzednim przypadku. Naj-

wyższe ilości zębów próchnicą dotkniętych znajdujemy u chorych XXIII i XXIV, u pierwszej 21 karyetycznych, u drugiej 20, a u obydwóch ilość CaO. w procencie wynosi te same wartości, jak u ludzi z zdrowem uzębieniem. Tu już termometr nic nie wykazał. Ciepłota normalna, tak wieczorna, jak i poranna, łaknienie dobre, więc wytłomaczenia tego zjawiska może szukać wypada w téj okoliczności, że pierwsza z nich znajdowała się w dziewiątym księżycowym miesiącu ciąży, a popiół zawierał 2,13% wapna, u drugiéj zaś w cztery dni po porodzie 2,66%. Niestety nie rozporządzałem chwilowo tak licznym materyałem, aby módz zbadać zawartość wapna na początkach i w środku ciąży, a podaję tylko te dwa wyniki, przypadkowo otrzymane; może zachęcą one kogo do dalszych a ciekawych badań w tym kierunku. Często zdarza się czytać o tak zwanéj ślinie wapiennéj, przyznać się jednak muszę, że zwracałem w tym kierunku baczną uwagę na wszystkich chorych z kamieniem zębowym, u których ślina ta ma się znachodzić, a badania jéj bynajmniéj jakichś nadzwyczajnych ilości CaO. w popiele nie wykazywały, zaledwie 3% mimo, że mieliśmy tu do czynienia (Nr. XXVI i XXV) z ludźmi, którzy prócz nadzwyczaj silnego obłożenia zębów kamieniem, mieli takowe dotknięte przez *caries*. Chory XXV, bardzo źle odżywiony, cierpi na ustawiczne zaburzenia w narządzie trawienia; chory zaś, XXVI, lat 13½, żadnych w tym kierunku zmian nie okazuje. Dodatkowo do tego szeregu doświadczeń zbadałem ślinę choréj XXVII, lat 48, cierpiącéj od lat pięciu cukrzycę, nader często nagabywaną przez próchnicę.

Ostatnich pięć rozbiorów odnosi się do ludzi zupełnie bezzębnych. Pierwszy z nich utracił wszystkie zęby jeszcze w młodości, a obecnie w 58 roku życia, prócz czterech zębów siecznych szczęki dolnéj nie ma ani jednego, a ilość CaO. w popiele wynosi mimo to 4,19%.

Następny, starzec lat 68, badany wśród podwyższenia ciepłoty ciała do 38,8°, zupełnie bezzębny, okazuje 3,47%, gdy badanie, tydzień późniéj wykonane w chwili, gdy podwyższenie ciepłoty, powstałe z powodu silnego zajęcia oskrzeli ustąpiło, dosięga najwyższéj cyfry, jaką w 32 rozbiorach otrzymałem, tj. 6,91%.

XXXI. Kobieta, lat 61, przed sześciu laty utraciła z powodu próchnicy wszystkie zęby, tak szczęki dolnéj jak górnéj. Badanie wewnętrznych organów, prócz rozległéj rozedmy płuc, nieżytu chronicznego oskrzeli, a nadto miąższowego powiększenia gruczołu tarczykowego, nic nie okazuje.

W tym przypadku wynik badania, chociaż wyższy od normalnego, bo wynosi 3,52%, nie dosięga téj liczby, jaką otrzymaliśmy w dwóch poprzednich i w następującym przypadku. Czy tutaj nieżyt oskrzelowy nie wywoływał podwyższenia ciepłoty, które w innych przypadkach miało wyraźny wpływ na ilość CaO. w popiele, nie badałem podczas zbierania śliny. Na podwyższenie to ilości CaO. w popiele śliny u ludzi bezzębnych zdawałoby się, że późny wiek wpływ pewien posiada. Przypadkowo w ambulatoryjum profesora W a r n e k r o s a napotkałem człowieka (XXXII) lat 42, dobrze zbudowanego i odżywionego, który był zupełnie bezzębny i podawał, jakoby przed dziesięciu laty miał przechodzić jakąś chorobę dziąseł, w skutek któréj wszystkie zęby utracił; ponieważ chory ten, wypytywany w kierunku kiły i leczenia rtęciowego przecząco odpowiadał, nadto od lat dwunastu żonaty, jest ojcem dwojga zdrowych dzieci, zatem o kiłę posądzać go nie można było. O ile z opisów chorego sądzić mogłem, nasuwała mi się myśl, czy przyczyną nie był gnilec. Jednakowoż przeciwko temu przemawia ta okoliczność że w Berlinie i jego okolicach skorbut jak mnie tutejsi lekarze zapewniali należy do nadzwyczajnych rzadkości. Czy skorbut, czy kiła, czy też może jaka inna trzecia nieznana mi przyczyna utratę zębów wywołała, nie wiem. Opierając się jednak na tym przypadku, gdzie procent CaO. w popiele śliny 4,48 wynosił, i na poprzednich podanych rezultatach, powiedzieć mógłbym, że stosunek pewien zachodzi widocznie między brakiem zębów a ilością wapna w ślinie.

Chorzy, od których brałem ślinę do rozbiorów moich, po większéj części rekrutowali się z ambulatoryum instytutu dentystycznego, gdzie obfity materyał nadarzał mi w tym kierunku sposobności. Nadto kilka przypadków uzyskałem za pośrednictwem kand. med. pp. kol. Mielęckiego, Grabowskiego i Lewina, którzy mi takowych z berlińskich klinik łaskawie dostarczali.

Na zakończenie zestawię wyniki powyżéj podane: Ilość wapna w popiele otrzymanym ze śliny prawidłowéj waha się między 2 a 3 gr. na 100. Wahania te zależą od pory, w jakim się ślinę bada ze względu na przyjmowanie pokarmów; nadto rozmaite stany chorobowe, tak jamy ust, jako téż jak się zdaje całego ustroju na ilość tę wpływ wywierają, i tak, podwyższona ciepłota obniża ilość wydzielanego wapna. Jaka jest przyczyna tego obniżenia, na to trudno pewne dać wyjaśnienie, przypuszczać tylko mogę istnienie jakichś wpływów nerwowych. Wiadomą jest rzeczą, jak to H e i d e n h a i n wykazał, że wpływy nerwowe mają związek z ilością wydzielanych soli w ślinie. Czy wpływy te, tak tu przy podwyższeniu ciepłoty, jak i w próchnicy podczas normalnéj ciepłoty, a dalej u ludzi bezzębnych na wyniki badania wpływu nie mają, może to być kwestyją dalszych badań. Ja tylko powiedzieć mogę, że w próchnicy zębów ilość wapna w popiele śliny znacznie się zwiększa, a wahania jéj bynajmniéj od ilości próchnicą zajętych zębów nie zależące, są między 3 a 5,073. Żeby tutaj rozpuszczone wapno z zębów pochodzące wprost z ilością zawartego CaO w ślinie w ścisłym stało związku, prawie przypuścić nie można, zważywszy, co następuje. Najszybciéj postępująca próchnica zębów zdoła zniszczyć takowe w przeciągu jednego roku, a więc jedynie w tym czasie CaO z koron zębowych do śliny przejść może. Ponieważ zaś ślinę badałem nie z całego roku, bo to jest nie możliwe, tylko z trzech kwadransy, podczas których chory ślinę oddawał, więc ilość ta, jakaby przez ten krótki czas z zęba do śliny przejść mogła, absolutnie na otrzymane wyniki wpływu by nie miała i w próchnicy powinnibyśmy otrzymywać tyle CaO, co w stanie normalnym. Obliczenie, jakie w tym względzie, przypuszczając najkorzystniejsze warunki, zrobiłem, wykazało, że w razie szybko postępującéj próchnicy wszystkich zębów, przez rok korony niszczącéj, w trzy kwadranse dostałoby się do śliny CaO 0,000004, a więc ilość, któraby się absolutnie w tablicy nie umieściła, a tem bardziéj uwidocznić nie mogła. Przyczyny więc dla wytłómaczenia zjawiska zwiększenia się CaO w próchnicy nie tu, ale gdzie indziéj szukać by potrzeba. Tak samo nie jasną mi jest kwestyja, dla czego bezzębni, którzy już absolutnie czerpać wapna z zębów nie mogą, stale okazują zwiększoną jego ilość, która nawet do 6, 9, dochodzi. Dwa przypadkowe wyniki, jakie u osób znajdujących się w ciąży, znalazłem, posłużą może do dalszych badań, a razem z tem, że faktem jest, iż kobiety, najczęściéj podczas ciąży tracą zęby, dadzą praktyczną wskazówkę, wysnutą na naukowych podstawach, aby u nich sztucznie zwiększyć dowóz wapna.

Pracę niniejszą wykonałem w pracowni chemii fizyologicznéj prof. dr. K o s s e l a, pod łaskawym kierunkiem asystenta tegoż dr. M. K r ü g e r a, któremu niechaj mi wolno będzie za rady i pomoc jak najuprzejmiej podziękować.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Doc. Neusser: **Badania kliniczne krwi.**

Badanie kliniczne krwi ma doniosłe znaczenie, o ile zmienny jéj skład pouczyć może o zmianach, które zaszły w ustroju. Składniki bowiem morfotyczne krwi dają się w przenośni porównać z agentami firm handlowych, którzy dotąd się wszędzie ukazują, dokąd firma ich się utrzymuje; z chwilą jéj upadku i one znikają z widowni.

Dwie formy białaczki zostały klinicznie stwierdzone, a to *„leucaemia myelogenes i lymphatica“*, gdy forma śledzionowa klinicznie niczem się nie cechuje. Pierwsza forma z zajęciem szpiku kostnego cechuje się obecnością we krwi zwiększonéj ilości ciałek czerwonych z jądrem, komórek eozyną się barwiących (*eosinophile Zellen*), wielkich ciałek białych z jednem jądrem i tak zwanych myelocytów; ciałka białe wielkie z jednem jądrem i myelocyty nie znachodzą się we krwi prawidłowéj a są stałem zjawiskiem w mocno rozwiniętéj *leukaemia myelogenes*. Forma limfatyczna cechuje się natomiast brakiem powyżéj wspomnianych składników a obecnością większéj ilości limfocytów pochodzących z gruczołów limfatycznych. Tylko w *„lymphodermia perniciosa“* zaliczającéj się do białaczki, zauważono we krwi obok znacznéj limfocytozy zwiększoną ilość komórek eozynowych. Że w téj chorobie ilość komórek eozynowych we krwi się zwiększa, należy przypuścić, iż takowe nie tylko w szpiku kostnym ale i w skórze się wytwarzają. Badanie skrawków skóry chorego z *eczema papulosum*, jak również i z innych chorób skórnych, wykazało w miejscach chorobą dotkniętych obecność komórek eozynowych. W pęcherzycy (*pemphigus*) stwierdzono ich obecność nie tylko w treści pęcherzy, lecz nawet i we krwi. Z spostrzeżeń tych wynika, że komórki eozynowe w chorobach tych skórnych w saméj skórze się wytwarzają i następnie do krwi przechodzą. W ten sposób należy sobie tłómaczyć oddziaływanie korzystne na krew drażnień skóry, n. p. mięsienia, wodolecznictwa. Również zauważył N. w rumieniu lombardzkim pod formą psychóz występującym zwiększoną ilość komórek eozynowych we krwi, a co ważniejsza, zauważył to samo zjawisko także w innych zboczeniach środkowego narządu nerwowego i tak w padaczce, mocznicy, (w obu ustawała eozynofilia już w pół godziny po ataku) hemikranii, psychozie w okresie regularności. W jednym przypadku manii pologowéj, w której również stale występuje eozynofilia, był w stanie N. na zasadzie tego dowodu wykluczyć posocznicę (*sepsis*), zwłaszcza, że i ujemny wynik badania bakteryologicznego krwi rozpoznanie to utrwalił.

Jeżli rumień lombardzki w istocie jest choroba nerwu współczulnego i jego rozgałęzień, jeżeli w pierwszo- lub wtórorzędnych cierpieniach nerwu współczulnego (Padaczka, hemikrania, pęcherzyca itd.) zwiększenie ilości komórek eozynowych we krwi spostrzegać się daje, to prawie sama się myśl ta narzuca, że eozynofilię należy uważać za następstwo drażnień nerwu współczulnego. Doświadczalnie wywoływana eozynofilia przez zastrzykiwanie pilokarpiny działającéj na zakończenia nerwów wydzielniczych, przemawia również za przyrodą nerwową eozynofilii. Podobnie jak pilokarpina, działają tuberkulina, kantarydyna, nukleina, żelazo; arszenik zaś i chloran potasowy wywołują zjawianie się ciałek czerwonych zawierających jądro.

Przekonanie Trousseaua, jakoby gościec, migrena, dna, i krwawnice były chorobami zastępującymi się dusznicą nerwową (*asthma nervosum*) zasługuje na wiarę o ile i w nich eozynofilia stale występuje. W sputum astmatyków, w śluzie nosowym u tychże znalazł N. również komórki eozynowe. W plwocinach chorych z rozedmą płuc znachodzą się również a w przypadkach chorób sercowych bez rozedmy płuc ich nie ma; w plwocinach chorych z rozstrzenią oskrzelową występują, w gruźliczych zaś nie. Z tego wynika, że i tu na wystąpienie ich w plwocinach wpływa drażnienie nerwów. Możeby badanie anatomopatologiczne części płucnéj nerwu sympatycznego rzuciło światło na występowanie tych komórek.

W kilku przypadkach osteomalacyi połączonéj z zaburzeniami nerwowemi była również wybitną eozynofilia i takowa zwiększała się w miarę postępu choroby. Kastracya wykonana w jednym z tych przypadków uleczyła chorobę, równocześnie ustała i eozynofilia. Również inne zaburzenia psychiczne, wywołane cierpieniem pierwotnem narządów rodnych kobiecych, wreszcie jajkowanie i miesiączkowanie wywołują eozynofilię. W czasie ciąży występuje ona również a wytłómaczoną jest drażnieniem nerwu współczulnego; wszakżeż tylko temu zadrażnieniu nerwu współczulnego w czasie ciąży przypisać należy łatwość przeobrażenia się nieznacznego przerostu gruczołu tarczykowego w wól naczyniowy, istniejącą przedtem dusznicę oskrzelową (asthma) w śmiertelny obrzęk płuc, zwykłe przekrwienie nerek w ciężką chorobę Brighta i rzucawkę itd. W hysteryi zauważył N. raz zwiększenie, to znów zmniejszenie ilości komórek eozynowych, co zapewne zależeć będzie od dwu form macicznicy przez Trousseaua przyjętych. Jak w osteomalacyi tak i w ciężkich formach hysteryi połączonych z eozynofilią we krwi można kastracyę jako środek leczniczy uważać, *w leukaemia myelogenes* tylko w ostateczności. Eozynofilię spotyka się i w przypadkach torbielaków jajnika a nawet N. był w stanie w jednym przypadku z rozpoznaniem innych lekarzy *„morbus Addisoni“* (skóra była brązową) właśnie na zasadzie eozynofilii rozpoznać torbielak jajnika, po którego operacyjnem usunięciu barwa skóry i skład krwi prawidłowemi się stały.

Na zasadzie badań krwi należy uznać dwie formy błednicy; jednę z wystąpieniem we krwi składników pochodzących ze szpiku kostnego, a więc komórek eozynowych, myelocytów itd, drugą cechującą się limfocytozą. Pierwsza forma ustępuje pod wpływem żelaza, druga jest nieuleczną i polega prawdopodobnie na niedokształceniu się dziedzicznem narządu krwionośnego (*hypoplasia vasorum*). Toż samo i w postaciach niedokrewności zauważyć można. I u mężczyzn zachodzi ścisły stosunek narządów rodnych do narządów krwiotwórczych. W nasieniu również napotyka się komórki eozynowe, że i tu nerw sympatyczny w grę wchodzi, świadczy występowanie *parotitis* w rzeżączce, *orchitis* przy mumpsie. O wpływie kastracyi u mężczyzn na tworzenie się krwi nie ma dotąd doświadczeń, to jednak pewna, że rzezańcy nie zapadają na choroby skórne, i nie ulegają obłąkaniu. Gruczołowi krokowemu przypisuje znaczenie organu krew wytwarzającego a to na zasadzie najświeższéj pracy Recklinghausena: *„Ostitis*, osteomalacya i osteoplastyczna *carcinosis.“* (*Aerztl. C. Anz.* N: 3. 1892.).

Dr. Wachholz.

Choroby wewnętrzne.

Drugi kongres dla gruźlicy odbyty w Paryżu w dniach od 28 lipca do 2-go sierpnia 1891.

(Dok. Patrz Nr. 7).

Odziedzicza się tylko skłonność do gruźlicy, a jako przenośnik jadu gruźliczego w wieku dziecięcym główną odgrywa rolę pożywienie. W późniejszym wieku infekcyja — jak Arthaud przypuszcza — przychodzi do skutku w 80% przypadków za pośrednictwem zakażonych mieszkań; krótki pobyt w takiem mieszkaniu nie jest szkodliwy, po pobycie trwającym przeciętnie miesiąc zakażenie następuje z pewnością.

Symptomatologija gruźlicy, jak wyżéj wspomniano, mało przyczynków na kongresie otrzymała. Chiais znajdował zmniejszenie wydzieliny mocznika i kwasu fosforowego z wyjątkiem przypadków, bliskich wyleczenia. Skłania się on do zapatrywania Quinquauda, że to upośledzenie wymiany materyi jest pierwotne, niezależne od sprawy gruźliczéj, a przyczyniające się do łatwiejszego rozwoju téj sprawy. Marfan zwrócił uwagę na przypadłości żołądkowe w przebiegu gruźlicy. Podczas pierwszego okresu chorobowego, zwanego przez Bourdona *Dyspepsia praetuberculosa*, istnieje gastralgija i nadmierna kwasota, zazwyczaj

także rozstrzeń żołądka. Zboczenia te są albo objawami rozpoczynającej się sprawy gruźliczéj albo też umożliwiają przez następowe upośledzenie odżywienia rozwój tejże. W późniejszym okresie choroby występujące objawy jak brak apetytu, odbijania kwaśne i cuchnące i wymioty uważa M za następstwo zatrucia toksycznemi istotami wytworzonemi przez prątki gruźlicze.

Ilość i siła redukcyjna oksyhemoglobiny dają według Hénocqua dość pewną wskazówkę co do stanu suchotnika. — Co do badań rozpoznawczych, rozprawiano o środku Kocha. Arloing uważa tuberkulinę za zupełnie zwodniczy środek rozpoznawczy, czemu Cagny stanowczo się sprzeciwia. Za podanie najlepszego środka mogącego służyć do rozpoznania ukrytéj gruźlicy wyznaczono nagrodę 3000 fr., mającą być udzieloną na przyszłym zjeździe dla gruźlicy.

Wielka liczba wykładów traktujących o sposobach zapobiegania gruźlicy nie przyniosły nic nowego, coby miało większe znaczenie.

Co do środków leczniczych, zalecano znowu znaczną ilość istot chemicznych, głównie przeciwgnilnych. Masquey poleca gorąco sole ołowiowe, zwłaszcza octan ołowiowy, który nie tylko działa dobrze przeciw potom, gorączce i rozwolnieniu, ale leczy także takie cierpienia płuc, które gruźlicę za sobą pociągnąć mogą. Verneuil stosuje eter z jodoformem wstrzykując mięszankę w ogniska gruźlicze; aby uniknąć odmy, pozostawia kaniulkę czas jakiś w miejscu injekcyi, aby para eteru ulotnić się mogła. Redard zaleca oliwę z jodoformem. Kreosot stosuje Gimbert, aby uniknąć przypadłości żołądkowych, podskórnie jako 15% oliwę kreozotową, w taki sam sposób podawał składniki kreozotu: gwajakol i kresylol. W okresach początkowych gruźlicy daje metoda ta według G. znakomite rezultaty. Picot używał do wstrzykiwań śródmięśniowych gwajakolu w połączeniu z jodoformem z bardzo dobrym skutkiem. Tapret zaleca oddychanie przez 4 godziny dziennie powietrzem nasyconem parą kreozotu pod ciśnieniem 1½ atmosfery, Bernheim leczy gruźlicę wdychiwaniami ozonu mającego działać przeciwgnilnie, Valanzuela widział dobre skutki po wziewaniach kwasu nadosmowego. Nadto polecano taninę, wodę chloroformową, *Calcium hippuricum*, *ol. camphoratum*, Sparteinę i i.

Clado starał się drogą fizyczną, działaniem wysokiej ciepłoty niszczyć prątki w stawach dotkniętych gruźlicą. W tym celu zawijał chorą kończynę w watę i wystawiał ją w odpowiednio urządzonym piecyku ciepłocie 110° (!). Na 6 chorych miał tą metodą 4 uleczyć, a u dwóch miało nastąpić polepszenie.

Jako curiosum zasługuje na wzmiankę postępowanie Verneuila i Beretta polegające na tem, że w przypadkach ropnia opadowego wstrzykiwali koki ropne, aby wywołać zapalenie i aby łączące się z niem podniesienie ciepłoty działało szkodliwie na prątki gruźlicze. Przeciw podobnemu postępowaniu z jasnych do zrozumienia powodów występowali liczni mowcy.

Kwestyję uczynienia ustroju odpornym dla jadu gruźliczego omawiano dość obszernie. Osłabianie hodowli prątków nie doprowadziło do pomyślnych rezultatów. Natomiast wstrzykiwanie surowicy krwi zwierząt odpornych jak psa, lub kozy mieli niektórzy mowcy z dobrym skutkiem stosować. Pinard wstrzykuje nawet słabowitym noworodkom surowicę psa pod skórę jako środek zapobiegawczy i zauważył też zmniejszenie śmiertelności u dzieci. W wielkiej części przypadków leczonych zapomocą injekcyj surowicy występuje bardzo uciążliwa pokrzywka, z powodu której chorzy wzbraniają się dalszego leczenia. (*Le Progrès Médical* 1891. c. N. 31, 32.) *Beck.*

Choroby kiłowe.

Lassar: Sposób zachowania się chorych kiłowych podczas leczenia wstrzykiwaniami i wcieraniami.

Dr. L. znany z prac w zakresie syfilidologii przedłożył Towarzystwu dermatologicznemu w Berlinie formularz drukowany, popularnie spisany, zawierający środki ostrożności, jakie dotknięci kiłą częścią dla własnego pożytku, częścią ze względów zapobiegawczo-zdrowotnych zachować winni. Treść jego jest następująca:

Lek jod zawierający (3. r. d. łyżkę stołową) należy zażywać niebawem po jedzeniu, najlepiéj w mleku, po każdem jedzeniu oczyścić zęby (miękką szczoteczką), proszkiem albo mydłem. Nadto cztery razy dziennie usta płukać. N. B. przed rozpoczęciem leczenia udać się do dentysty! Co najmniéj 2 razy tygodniowo wziąść ciepłą kąpiel o 28° R, 30 minut trwającą. Należy przed każdem wstrzykiwaniem skórę z pomocą mydła zmyć. Jak najlepsze odżywianie się (szczególniéj wiele mleka, tłuste zupy, polewki mleczne i piwne, pokarmy strączkowe, mięso i jaja). Przytem należy się zupełnie wstrzymywać od napojów wyskokowych (żadnéj wódki! — lecz od czasu do czasu trochę dobrego piwa można) — także trzeba wstrzymać się zupełnie od spółkowania (także całowanie wzbronione). Wiele ruchu na świeżem powietrzu. Nie palić tytoniu! Wczas kłaść się do łóżka. Koniec leczenia oznaczyć ma zawsze lekarz. Nawet po ukończonem leczeniu należy się 2—3 razy rocznie u lekarza zjawić, mimo pozornego zdrowia. Przedewszystkiem nie zawierać małżeństwa bez uprzedniéj narady z lekarzem. Już w małżeństwie żyjący mają się wstrzymywać bezwarunkowo od spółkowania przez czas dłuższy.

Choroba w każdym przypadku powstała skutkiem zarażenia się, dlatego sumienie każe unikać przeniesienia jéj na inne osoby. (*Berl. klin. Wochschr.* Nr. 6. 1892.) *X.*

Medycyna sądowa.

Odczyty wygłoszone w sekcyi medycyny sądowéj X. międzynarodowego zjazdu w Berlinie 1891. (dok.)

Ungar (Bonn): **O próbach życia.** Z prób życia mają znaczenie praktyczne tylko próba hydrostatyczna płucna Schreiera i żołądkowojelitowa Breslaua. Próba żołądkowa ma cechę istotnéj próby oddechowéj, o ile ruchy wdechowe klatki piersiowéj dozwalają powietrzu wtargnąć do przewodu pokarmowego. Brak powietrza w przewodzie pokarmowym nie przemawia wcale, jak to Breslau sądził, przeciwko życiu zamacicznemu, nawet bezpowietrzność płuc i przewodu pokarmowego nie wyklucza możności, iż noworodek oddychał, a więc żył, choć z drugiej strony przypuszczenie oddychania noworodka przez czas dłuższy przy całkowitym braku powietrza w płucach i przewodzie pokarmowym mało prawdopodobnem być się zdaje. Przewód pokarmowy może przez zawieranie w sobie powietrza przemawiać za oddechaniem, a więc życiem, choć płuca są bezpowietrzne. Możność dostania się powietrza do żołądka wskutek wahań Schultzego i sztucznego wdmuchiwania nie przemawia wcale na niekorzyść próby Breslaua. Obecność powietrza w pętlach jelita więcéj oddalonych od żołądka przemawia za sztucznem oddechaniem, jeśli się zważy, że powietrze z żołądka przy braku ruchów robaczkowych jelit po śmierci daléj przesunąć się nie mogło.

Nie należy zapominać, iż powietrze może się dostać tak do płuc jak i żołądka jeszcze w czasie życia śródmacicznego przy szczególnie sprzyjających warunkach. Jeżli zgnilizna nie jest zbyt daleko posuniętą, nie można wydęcia żołądka i jelit uważać za wydęcie przez gazy gnilne powstałe. Próba żołądkowa przy przestrzeganiu pewnych ostrożności może pouczyć o długości życia po urodzeniu, czego próba płucna nam nie określa; ztąd należy próbę żołądkową przy każdéj sekcyi sądowéj wykonywać.

Strassmann (Berlin): **Zatrucia alkaliami, w szczególności sinkiem potasu.** S. omawia trzy główne objawy pośmiertne za śmiercią z otrucia sinkami przemawiające. Objawami temi są: woń zbliżona do woni gorzkich migdałów, jasnoróżowa barwa krwi i plam trupich, charakterystyczne wejrzenie błony śluzowéj żołądka.

Hofmann, pierwszy do dziś znawca tych otruć, twierdził, że tylko sinek potasu sprowadza jasnoczerwoną barwę krwi i plam pośmiertnych, podczas gdy przy zatruciach kwasem sinowodowym krew jest barwy ciemnéj, żylnéj. S. opisuje przypadek następujący: młody aptekarz otruł się sinkiem rtęci w zamiarze samobójczym, a nadto dał tęż samą

truciznę swéj kochance, w tym samym zamiarze. I w tym przypadku, jak to zwykle u tego rodzaju samobójców bywa, dziewczyna owa otrzymała większą dawkę trucizny od téj, jaką aptekarz ów spożył. Sekcya zwłok aptekarza zmarłego dopiero w 8 dni po otruciu w szpitalu Charité, przez Virchowa wykonana, wykazała znamiona śmierci z otrucia sublimatem, gdy sekcya zwłok kochanki aptekarza, zmarłéj natychmiast po otruciu, wykonana w zakładzie prof. Limana stwierdziła wszelkie cechy śmierci z zatrucia połączeniem sinu jako to: jasnoróżową barwę krwi i plam, woń gorzkich migdałów, natomiast brak zmian w żołądku. Sinek rtęci pod wpływem HCl w żołądku rozkłada się na kwas pruski i sublimat, w takim jednak stosunku, że tego ostatniego pięć razy więcéj powstaje niż kwasu pruskiego. Aptekarz zużył więc taką dawkę sinku rtęci, iż uwolniony ze związku kwas pruski nie wystarczał do sprowadzenia zejścia śmiertelnego. Odwrotnie rzecz się miała u owéj dziewczyny; tam większa ilość zużytego sinku rtęci wśród rozkładu uwolniła kwas pruski w dawce natychmiastową śmierć sprowadzającéj. W przypadku tym mimo, iż u owéj dziewczyny śmierć nastała z otrucia kwasem pruskim, krew i plamy były jasnoróżowo zabarwione. Jasnoróżowa barwa krwi i plam pochodzi zdaniem S. od zawartości OHb we krwi; związki bowiem sinowe zabijają bardzo szybko tkanki, tem samem niszczą ich zdolność pochłaniania tlenu ze krwi, ztąd więc i po śmierci, gdy oddychanie, a więc i zasilanie krwi tlenem już ustało, krew mimo to Ohb. zawiera i barwę swą jasnoczerwoną utrzymuje. S. dobywał strzykawką Pravaza krew pod zwierciadłem wody dobrze przegotowanéj z serc zwierząt zatrutych sinkiem potasu i spektralnie badał. Po większéj części otrzymywał widmo Ohb, czasem zaś Hb. zredukowanéj[1]) S. nie zgadza się zatem z Hofmannem co do zapatrywania, iż tylko sinek potasu sprowadza jasnoczerwone zabarwienie krwi i plam.

W dalszym ciągu zaznacza, że zmiany w żołądku znajdowane w przypadkach zatrucia Cy K. a polegające na żywem nastrzyknięciu naczyń błony śluzowéj tegoż, nawet na wynaczynionkach, na wydzieleniu śluzu w nadmiernéj ilości jeszcze za życia powstających, wreszcie polegających na zmianach już po śmierci się wytwarzających, jak na napęcznianiu błony śluzowéj od wewnątrz ku zewnątrz, na przejrzystości i przesiąknięciu barwikiem krwi tejże, należy odnieść do działania sinku potasu jako mocnéj zasady, zwłaszcza o ile tenże zawiera większą lub mniejszą ilość węglanu potasu

Odnośnie do działania alkaliów, to Lesser twierdzi, iż one na błonach śluzowych podobnie jak i na tkankach gruczołowych wywołują obumarcie, cechujące się suchym i kruchym strupem. Tymczasem S. sprawdził teoretyczne więcéj rozumowanie Hoffmanna, iż alkalia wywołują obumarcie tkanek z ich napęcznieniem i z wywołaniem w nich przejrzystości, gdy kwasy tylko tworzą strupy suche, twarde, łatwo kruszące się i zaćmione.

D o e h l e (Kiel): *Pachymeningitis chronica* **u dzieci i jéj znaczenie sądowolekarskie**. Wbrew zdaniom spotykanym w podręcznikach i odnośnéj skąpéj literaturze doszedł D. na podstawie własnych doświadczeń i zestawień protokółów oględzin zwłok do przekonania, iż *pachymeningitis chronica* nie należy u dzieci wcale do rzadkości. Zdarzała się ona w przypadkach autora najczęściej u dzieci dorocznych, rzadziéj już u starszych. Za jéj przyczynę uważa wynaczynienia krwi w oponach mózgu w czasie porodu powstałe. Zwykle koło takiego skrzepu poczyna się proces zapalny przewłoczny, wywołujący zrazu powstanie delikatnych błon, z tkanki młodéj żywo unaczynionéj złożonych. Skrzep zatem zdaje się być bodźcem zapalnotwórczym. Z cienkich tych błon tworzą się wreszcie zbite łącznotkankowe błony, okazujące wynaczynionki i złogi barwika. Przy silniejszym rozwoju tych błon przyjść może do mocnych krwotoków, a wtedy błony te skrzepami ujęte nie uwidoczniają się wcale, lub też napotyka się jamy, wypełnione treścią krwawą, lub żółtoczerwoną surowicą. Proces ten lokalizuje się najczęściej na podstawie mózgowéj w średniem i tylnem zagłębieniu czaszki, ponad namiotem móżdżku, lub nad płatami potylicznemi. Dzieci chorobą tą dotknięte giną w przeciągu pierwszego roku życia, a przyczyny śmierci szukać należy może w uszkodzeniach mózgu w czasie porodu powstających. Te zaburzenia w mózgu wywołują zapewne słabszą odporność przeciw zewnętrznym szkodliwościom tak, że dzieci te najczęściej okazują znamiona ogólnego wyniszczenia, za przyczynę którego nieraz najniesłuszniéj uważa się brak należytéj opieki i żywienia dzieci. Wreszcie mogą się wytworzyć w błonach tych krwotoki, wywołujące śmierć, a które możnaby uważać za następstwo pęknięć naczyń z przyczyn urazowych, gdyby nie brak uszkodzeń kości czaszkowych, a obecność tych błon nowo wytworzonych.

Dr. Wachholz.

[1]) S. widocznie nie znał jeszcze pracy prof. Koberta o methb. sinowodowéj; że krew z zwierząt zatruwanych sinkiem potasu dawała widmo OHb, należy sobie tłómaczyć, iż krew ta zaraz po śmierci badaną była, a więc sinku nie zawierała; w tych zaś przypadkach, gdzie krew dawała widmo Hb. zredukowanéj, zdaje się, iż zawierała już MetHb. sinowodową. (*Przypisek sprawozdawcy*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 20 stycznia 1892 r.

Przewodniczący kol. P o n i k ł o. — Obecnych członków 38.

1) Kol. Przewodniczący zagaił posiedzenie przemówieniem, w którem podał swój pogląd na właściwą drogę postępowania, prowadzącą do skutecznego działania celem rozwoju Towarzystwa.

2) Kol. M u r d z i e ń s k i zdaje sprawę ze swych czynności jako wydawca kalendarza lek. krak. i wydatków dotychczasowych wydawnictwa, zaznaczając, iż rachunki z księgarnią nie są jeszcze zupełnie ukończone.

3) Kol. G l u z i ń s k i wnosi imieniem dawnego Komitetu wyrażenie uznania kol. Murdzieńskiemu za trudy poniesione około wydawnictwa. Towarzystwo zgadza się

4) Kol. P r z e w o d n i c z ą c y odczytuje listy otrzymane od Dra Gałęzowskiego z Paryża i radcy Dra Wicherkiewicza z Poznania, wyrażające podziękowanie za wybór na członków honorowych.

5) Koll. Drowie Hyżycki Stanisław, Blatteis Stefan, Pelczar Zenon, Langie Adam, Mayzel Tadeusz i Klich Karol c. k. weterynarz powiatowy zostali jednogłośnie wybrani czynnymi członkami Towarzystwa lek.

6) Kol. R y d y g i e r przedstawia chorą, u któréj po zapaleniu stawu biodrowego nastąpiła *luxatio obturatoria*, rodzaj zwichnięcia bardzo rzadko po zapaleniach występujący, spostrzegany w przeciągu 2 lat tylko 2 razy w klinice chirurg. krak. W niniejszym przypadku wystąpiło zapalenie stawu w przebiegu *puerperium*: o repozycyi nie było mowy, wykonano też resekcyę główki przy użyciu cięcia wewnętrznego. Obecnie upłynęło od resekcyi 6 tygodni, kończyny są zupełnie równo ustawione a stan poprawi się, gdy kończyna się wzmocni.

Kol. O b a l i ń s k i zapytuje, czy główka była łatwo wymacalna po téj stronie. Po otrzymaniu odpowiedzi potwierdzającéj zaznacza, iż w zastarzałych zwichnieniach należy zawsze resekować i opowiada przypadek, w którym wśród usiłowanej repozycyi w narkozie chloroformowéj wystąpił kurcz tetaniczny tak, że nie można było reponować, potem jednak udało się główkę wprowadzić. W krótkim czasie wystąpiła pyemia, z któréj chory wyzdrowiał. Następnie wytworzyło się zwichnienie ku przodowi, skutkiem czego przystąpiono do resekcyi, robiąc cięcie jak przy poprzedniéj repozycyi, radzi więc w takich przypadkach odrazu przystąpić do resekcyi. Kol. R y d y g i e r zgadza się z tem twierdzeniem i zaznacza, że pyemia w tych przypadkach może być bardzo groźnem dla chorego powikłaniem, doradza jednak resekcyi tylko, gdy są wyraźne do tego wskazania; w każdym razie nawet przy krwawym zabiegu radziłby próbować odprowadzenia.

7) Kol. K r y ń s k i wygłosił odczyt o naczyniakach limfatycznych, który będzie ogłoszony w „Przegl. Lek.“, objaśniając rzecz okazaniem preparatów mikroskopowych i przedstawia-

jąc dziecko operowane z powodu *makroglossia* zw. także *l. linguae* lub *elephantiasis linguae.* Zmiana została drogą operacyjną usunięta a mianowicie przez wycięcie klina, szczytem ku podstawie języka zwróconego.

Kol. Rydygier uzupełnia demonstracyję tego pacyjenta wskazując, iż szczęka dolna została w tym razie skutkiem ucisku języka wygięta tak, że dziecko ust nie domyka, zadanie więc lecznicze polegać będzie na zastosowaniu ucisku w stronę przeciwną.

Po otwarciu dyskusyi zabrał głos kol. Zarewicz i zaznacza, iż w przypadku przedstawionym przez prelegenta zmiany, jakie się widzi pod mikroskopem spotykamy także w chorobach skóry, zaliczanych również do naczyniaków limfatycznych. Dermatologija przyjmuje trojakiego rodzaju zmiany w naczyniach limfatycznych włosowatych, a mianowicie *lymphangioma circumscriptum, tuberosum* i *cavernosum.* Pierwsze z nich t. j. *l. circumscript.* najdokładniéj zostało w ostatnich czasach opisane przez Töröka, który je też nazywa *lymphangioma varicosum capillare.* Tu należy wykluczyć przypadki, polegające tylko na prostéj rozstrzeni *(ektasia)* naczyń limfatycznych włosowatych. *Lymphangioma circumscriptum* w pojęciu Töröka polega przeważnie na wytwarzaniu się nowych naczyń limfatycznych i na ich rozszerzaniu się. Badanie drobnowidowe wykazuje, iż zmiany chorobowe dotyczą prawie wyłącznie warstwy brodawkowéj, w której widać jamki i pokręcone kanały o regularnych konturach, od których wychodzą wypustki, wnętrze wysłane jest śródbłonkiem, a treść ich stanowi limfa; naczynia krwionośne włosowate bywają także rozszerzone i wężykowato pokręcone. W otoczeniu a zwłaszcza wzdłuż naczyń krwionośnych i naczyń limfatycznych spostrzegamy dość znaczny naciek komórkowy. Dermatolodzy uważają ten proces jako neoplastyczny, polegający na tworzeniu się nowych naczyń limfatycznych, a sprawę tę pod względem aitiologicznym uważają jako wrodzoną, zwłaszcza, że po wykluczeniu innych przyczyn, jak zapalenie lub utrudniony odpływ limfy, przypadki wszystkie dotyczą albo dzieci, jak przypadek prelegenta, lub początki choroby sięgały do lat dziecięcych. Do téj saméj grupy chorób należy *elephantiasis lymphangiectodes congenita,* a przypadek chorobowy przez prelegenta opisany jest zdaniem mówcy do téj zmiany bardzo zbliżony, gdzie albo najpierw proces chorobowy dotyczy naczyń limfatycznych, a potem dopiero tkanki łącznéj lub na odwrót. Inne rodzaje limfangiomatów wyróżniają się usadowieniem w głębszych warstwach skóry. I tak *lymphangioma tuberosum multiplex* opisane przez Kaposiego zajmuje warstwy skóry poniżéj *stratum papillare* położone, gdzie nadto ściany rozszerzonych naczyń włosowatych limfatycznych są zgrubiałe, a przypadek Pospelowa odpowiada raczéj ze względu na zmiany anatomiczne *l. cavernosum,* gdzie powstałe z rozszerzonych naczyń limfatycznych jamy znachodzą się w głękokich warstwach skóry. Przypadek przez kol. Kryńskiego opisany odpowiadałby zdaniem mówcy najbardziéj téj ostatniéj formie limfangiomatów.

Kol. Cybulski oświadcza zgodnie z prelegentem, że przyczyna powstawania musi być embryjonalna, według Ranviera bowiem znamy komórki naczyniotwórcze dla naczyń ale takichże komórek dla powstawania naczyń limfatycznych a więc i dla naczyniaków limfatycznych nikt nie udowodnił. Wygięcia szczęki nie tłómaczyłby mówca tak jak kol. Rydygier, twierdzi natomiast, że wygięcie żuchwy powstało skutkiem nieściskania zębów.

Kol. Idziński zwraca uwagę, że t. zw. *makroglossia* łączy się bardzo często z matołectwem tak dalece, że zwykle osoby z wystającym językiem posądzamy o mniejszą inteligencyję. W dwóch przez siebie obserwowanych przypadkach makroglosyi była budowa czaszki wybitnie matołkową. Okoliczność ta mogłaby przemawiać za neurotroficzną przyczyną makroglosyi.

Kol. Rydygier podnosi rodzaje odmienne jako *l. mixtum* opisywane, co do przyczyn powstawania to te najczęściéj są wrodzone a mianowicie jużto zgodnie z Wegnerem, który tłomaczy ogólnie zatkaniem jednego z większych przewodów, jużteż stosownie do spostrzeżeń prelegenta, do czego mowca więcéj się przychyla, powstają przez bujanie wprost naczyń limfatycznych.

Kol. Szymkiewicz uważa niedomykanie się szczęki tzw. gryz otwarty jako rzecz rzadką u dzieci z niestałemi zębami; zdaniem jego przewidzieć nie można, jak gryz się zachowa, gdy przyjdą zęby stałe; usunięcie tego stanu powstałego skutkiem wygięcia szczęki jest trudne a ucisk tu nie wiele pomoże.

Kol. Zarewicz wyklucza sprawę zapalną w *lymphangioma circumscriptum,* bo nigdzie nie znajdujemy objawów zapalnych.

Kol. Kryński, w odpowiedzi kol. Zarewiczowi zgadza się na przyjęcie przyczyn zapalnéj natury w *lymphang. circumscriptum,* stwierdza daléj, że bywa ta zmiana i w kretynizmie, zwraca jednak uwagę, że tylko makroglosia z kretenizmem mogłaby być zestawioną, nie sądzi jednak, aby można naczyniaki limfatyczne w ogóle wprowadzać w ten związek przyczynowy.

Kol. Zarewicz stwierdza, że tu idzie o nieporozumienie w nazwie określającéj *limphang. circumscriptum.* Dermatolodzy tak nazywają, gdyż widzi się gromadkę pęcherzyków przeświecających czerwonawych, jak brodawka, z której po nakłuciu wydobywa się ciecz jak limfa a brak objawów zapalnych w tych przypadkach, młody wiek, naprowadza po wykluczeniu innéj przyczyny na to, że sprawa jest wrodzoną.

Odczyt kol. Blatteisa „o plasmodiach“ odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz: *Dr. Jan Opieński.*

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne XVI w dniu 20 stycznia 1892 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Obecnych członków i prenumeratorów 26.

1) Przewodniczący zdaje sprawę ze stanu Towarzystwa w roku 1891: Zmarło 10 członków, a mianowicie: Drowie Baraniecki Adryjan, Dworski Tadeusz, Heumann Konstanty, Kopernicki Izydor, Lewandowski Zygmunt, Orłowski Józef, Schoengut Izydor, Pawlas Teodor, Tyralski Włodzimierz, Ziembiński Jan i 1 prenumerator Dr. Wojda Marceli. Wykreślono 2 członków jako nie płacących wkładek od czasu dłuższego. Przybyło 2 członków Dr. Trachtenberg i Dr. Rutowski i 2 prenumeratorów Drand Kasparek i Dr. Jeż Andrzéj. Wydawnictwo liczy więc z końcem 1891 r.: członków honorowych 3, czynnych 101, prenumeratorów 105, razem wszystkich 209.

2) Zgromadzenie na wniosek Przewodniczącego przez powstanie oddaje cześć zmarłym kolegom.

3) W ubiegłym roku Wydawnictwo dzieł lek. pol. w myśl uchwał Zarządu wydawnictwa i Zgromadzenia ogólnego XV-go przystąpiło do wydawania *„Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj“.* Dotąd wyszło 6 rozpraw, które członkowie i prenumeratorowie otrzymują jako dalsze premijum bezpłatne za r. 1889 i jako bezpłatne premijum za r. 1890. Do druku przygotowane są następne trzy zeszyty tak, że wkrótce już cała seryja I-sza ukończoną zostanie.

Oprócz tego wydanem zostało dzieło Dra Brauna: *„O operacyjach położniczych“*, które cieszy się wielkim pokupem zwłaszcza pomiędzy młodszymi lekarzami i uczniami medycyny.

4) Zgromadzenie po przemówieniu prof. Oettingera uchwaliło po ukończeniu seryi I. „Rozpraw“ wydawać i dalsze seryje Rozpraw, gdyż cieszą się one w szerszych kołach lekarskich uznaniem i pokup ich coraz bardziej się zwiększa.

5) Przewodniczący zawiadamia, że Zarząd Wydawnictwa wniósł podanie o subwencyję do Wys. Ministeryjum Oświaty na wydanie dzieła prof. Oettingera „Historyja medycyny“.

6) Na wniosek komisyi kontrolującéj, która badała rachunki za rok 1890 i znalazła je w należytym porządku, uchwalono udzielić Zarządowi absolutoryjum za rok 1890, poczem wybrano też samą komisyję (Dr. Ściborowski i Dr. Buszek) do sprawdzenia rachunków za r: 1891.

7) Przewodniczący zawiadamia Zgromadzenie, że na wystawie przyrodniczéj VI Zjazdu lekarzy polskich Wydawnictwo dzieł łek. polskich otrzymało dyplom honorowy, który stanowi 4-te już z rzędu odznaczenie na wystawach lekarskich od czasu istnienia Towarzystwa. Poprzednio otrzymało Wydawnictwo: w r. 1881 medal bronzowy podczas III-go Zjazdu lek.

i przyr. w Krakowie, dyplom honorowy w r. 1887 na wystawie przemysłowéj krajowéj i sztuki polskiéj w Krakowie, a w r. 1888 medal srebrny na wystawie hygieniczno-lek. podczas V. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

8) Skarbnik doc. Dr. Grabowski zdaje sprawę ze stanu majątkowego Towarzystwa w roku ubiegłym: w dniu 1 stycznia 1881 r. majątek wynosił 6235 złr. 99 ct. W r. zaś 1891 dochód wyniósł 1055 złr. 51 ct. (a mianowicie składki wstępne 20 złr., składki roczne 467 złr. 38 ct., rozsprzedaż dzieł 289 złr 25 ct., kupony i odsetki 278 złr. 63 ct., dochód nadzwyczajny przypadkowy 25 ct.). Rozchód zaś wyniósł 1174 złr. 4 ct. (nakład dzieła Dra Brauna: druk 379 złr. 91 ct., broszurowanie 25 złr., ryciny 146 złr., razem 550 złr. 91 ct.; nakład pierwszych 6 zeszytów „Rozpraw“ wraz z rycinami, korektą, prospektami i broszurowaniem 413 złr. 74 ct.; rozsełka dzieła Dra Brauna 4 złr. 10 ct.; rozsełka rozpraw I—V = 10 złr. 10 ct.; rozsełka dziełka Dra Harajewicza 4 złr. 12 ct.; druki na zaproszenie do udziału w rozpr. i dziełach, przypomnienie o wkładki, anonse o rozprawach, razem 14 złr. 60 ct.; ramki do dyplomów 2 złr. 50 ct.; pudła na archiwum wydawnictwa 5 złr.; drobne wydatki 72 ct., stemple 2 złr. 50 ct., pensyja administratora 150 złr., portoryja 15 złr. 75 ct. czyli razem 1174 złr. 4 ct.). Niedobór wynosi 118 złr. 53 ct.; co odtrąciwszy, fundusz Wydawnictwa z końcem 1891 r. wynosi 6117 złr. 46 ct. oprócz nierozsprzedanych nakładów w sumie 7472 złr. 80 ct. i zaległych wkładek w sumie 400 złr. Fundusz ten jest umieszczony w książeczkach Kasy Oszczędności, w Towarzystwie zaliczkowem i w papierach wartościowych. Sprawozdanie to przyjęto do wiadomości.

9) Administrator zdał sprawę z rozsprzedaży dzieł w r. 1891, co przyjęto do wiadomości.

10) W końcu uchwalono podziękowanie p. Przewodniczącemu za trudy i starania około rozwoju Towarzystwa.

Dr. J. Surzycki, sekretarz.

Sprawozdanie z posiedzenia dorocznego sekcyi Stryjskiéj.

W dniu 3 lutego zebrało się 9 członków sekcyi stryjskiéj na doroczne posiedzenie, na którem

1) Dr. Serkowski zwrócił uwagę kolegów na doniosłe znaczenie wykrycia przez Dra Tizzoni i Drkę Cattani w Bolonii antitoksyny[1]), który to środek wstrzykiwany podskórnie jest w stanie usunąć zwolna przypady tężca traumatycznego, zatem chorobę najczęściéj śmiertelnie przebiegającą. Środek ten wytwarzają wspomnieni badacze z surowicy krwi psów lub królików, którym wstrzykiwali hodowle prątków tężcowych, albo też surowicę psów lub królików przez podobne wstrzykiwania już zabezpieczonych od tężca.

Antitoksyna z surowicy psiéj pochodząca jest słabsza i używa się do wstrzykiwań 0·15—0·25 dwa razy dziennie, antitoksyny króliczéj jako silniejszéj tylko 0·10 dwa razy dziennie. Po wstrzykiwaniu ciepłota ciała opada, tętno staje się wolniejszem, naprężenie mięśni wolnieje, ale wstrzykiwania trzeba powtarzać przez dwa tygodnie codziennie lub nawet dłużéj, aż do zupełnego usunięcia skurczów mięśniowych. Przez wstrzykiwanie tego środka można też zabezpieczyć od tężca zwierzęta nawet bardzo skłonne do tężca, jak n. p. króliki i myszy tak, iż stają się odporne na wstrzykiwania jadu tężcowego. W klinice Nicoladoniego w Insbruku wyleczony został w listopadzie i grudniu 1892 chłopiec 11-letni, który doznał zmiażdżenia ręki przez maszynę, a który po amputacyi ręki podległ tężcowi, po 28 wstrzykiwaniach antitoksyny, częścią psiéj częścią króliczéj. Wstrzykiwania robiono 2 razy, a raz tylko 3 razy dziennie. — Prócz tego ogłoszone już zostały trzy inne przypadki wyleczenia tężca u ludzi za pomocą tego środka.

Ale nie tyle może ważne jest samo odkrycie środka przeciwtężcowego, gdyż tężec stosunkowo rzadko się wydarza, ile ważną jest okoliczność, że nauka zdobyla znów jeden środek wyleczyć mogący jednę z chorób zakaźnych, a nawet zabezpieczyć mogący od téj ciężkiéj choroby zakaźnéj, tem samem odkrycie to daje nam pochop i wskazówki, w jakim kierunku i jakiemi sposobami szukać należy dróg i środków do leczenia i zabezpieczenia się od innych chorób zakaźnych.

2) Koll. Jacobi, Wurst, Goldhaber, Michalski, Podłuski, Papieski i König dzielili się spostrzeżeniami swemi w tegoroczněj influenzy zebranemi, spostrzegano nawet w niektórych przypadkach wybitnéj influenzy wysypkę jużto plamistą lub guzkową jużto krwotoczną.

3) Kol. Goldhaber opowiedział o nagminnéj bardzo złośliwéj dyfteryi dziesiątkującéj w niektórych wsiach powiatu żydaczowskiego ludność, w których to przypadkach tylko eksponowanie lekarza na czas trwania choroby mogłoby być skutecznem, wysyłanie zaś lekarzy co 8 dni chybia celu.

4) Kol. Lachowicz Eugeniusz demonstrował na osobie żywéj sposób zakładania opatrunku gipsowego, zwany francuskim, zmodyfikowany przez prof Obalińskiego. Sposób zakładania bardzo łatwy a cały opatrunek lekki, szczególniéj przy złamaniach powikłanych przystęp do ran ułatwiony, — opatrunek ten zasługuje na rozpowszechnienie.

5) Podpisanego wybrali koledzy delegatem, a kol. Goldhabera zastępcą delegata na walne zgromadzenie.

6) Na zaproszenie kol. Wursta uchwalono odbyć następne doroczne posiedzenie w Kałuszu. *Dr. Serkowski.*

Posiedzenie sekcyi Stanisławowskiéj.

Dnia 7 lutego odbyła sekcyja Stanisławowska Tow. lek. galic. doroczne zebranie, na którem wybrany został przewodniczącym i delegatem na walne zebranie lekarz powiatowy Dr. Wolański, a sekretarzem Dr. M. Ostafiński. Uchwalono następnie: 1) aby w powstać mającéj Izbie lekarskiéj we Lwowie Stanisławów wraz z swym okręgiem mógł mieć swego reprezentanta. 2) Schodzić się raz w miesiącu, a to w każdą pierwszą środę z początkiem miesiąca, w celu pogadanek naukowych połączonych z demonstracyją chorych, aby tem samem zachęcić się wzajemnie do wspólnéj pracy i rozbudzić życie koleżeńskie. Do Tow. przystąpili koll. Dr. Żukowski i Rosenbaum. *Dr. Ostafiński.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 lutego. Reskryptem z dnia 27 stycznia Ministerstwo spraw wewnętrznych we Wiedniu zwróciło uwagę Namiestnictwa galicyjskiego i Rządu bukowińskiego na choroby zakaźne, wybuchłe w niektórych gubernijach rosyjskich, nawiedzonych głodem, i wydało wskazówki celem wczesnego zapobieżenia niebezpieczeństwu grozić mogącemu zdrowiu mieszkańców w tych dwóch krajach koronnych.

* W tygodniu 5-ym (od 31 stycznia do 6 lutego) było w Krakowie małżeństw 34, urodzeń 79, skonów 60, z tych z gruźlicy 21, z odry 6, z dławca i błonicy 5, z zapalenia płuc 3, z nieżytu żołądka i jelit 3.

* Wielką nagrodę imienia Baera (1000 rubli) otrzymał prof. Miecznikow, obecnie w Paryżu bawiący.

* **Praga czeska**. Prezesem Towarzystwa lekarzy czeskich wybrany został prof. chirurgii Maydl.

* **Zmarł** we Wiedniu Dr. Rainer Schmerling, b. prezes długoletni Collegium lekarzy, lekarz przyboczny Arcyksięcia Albrechta, brat b. Ministra stanu i prezydenta Sądu najwyższego we Wiedniu, przeżywszy lat 82.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

---

[1]) Porówn. „Przegląd Lek.“ Nr. 3.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.